UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N° 25

DIAGNOSTIC du CANCER DE L'ESTOMAC au début

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Mars 1948

PAR

ROBERT TEISSEIRE

MEMBRES DU JURY. . . .

MM. Pierre FABRE, *Président.*
SOREL
GADRAT } *Assesseurs.*
DARNAUD
DIEULAFÉ, *Suppléant.*

CARCASSONNE
IMPRIMERIE BONNAFOUS ET FILS
48, rue Aimé Ramon

1948

DIAGNOSTIC

du Cancer de l'estomac

au début

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM
Doyen	CALVET
Assesseur	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER GORSE

Professeurs honoraires

MM. ESCAT, RISPAL, MOOG, MERIEL, CAUBET, RIBAUT, MAURIN, ARGAUD, DALOUS, LAFFORGUE, SERR.

PROFESSEURS

	MM
Clinique de neurologie et psychiâtrie	RISER
Clinique médicale	TAPIE ROQUES
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et toxi ologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clin'que chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	VALLOIS CLERMONT
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL
Bactériologie Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N....
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	N....
Medecine légale et Médecine du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M BAISSET
Anatomie	COULOUMA
Obstétrique	GUILHEM

AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	LAZORTHES
Histologie	BIMES ch. des f.
Médecine	GADRAT DARNAUD GERAUD DARDENNE LAPORTE (J
Ophtalmologie	DEODATI
Chimie Médicale	VALDIGUIE
Physique Médicale	MARQUES
Chirurgie	VIRENQUE GRIMOUD RIEUNAU DIEULAFE DAMBRIN P.
Pharmacie	COUTURIER
Chimie générale pharmaceutique	BLANC
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mm DULUCQ-MATHOU

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY
Cours d'anatomie aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIE P
Chimie biologique	VALDIGUIE (P
Chimie minérale	BLANC
Stomatologie	CADENAT
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX
Legislation pharmaceutique	BOUISSET
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.) DAMBRIN (P.)
Microbiologie	BOUISSET
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine Sociale et du Travail	BOUNHOURE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	BOUNHOURE
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-chirurgie	LAZORTHES
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX

Secrétaire de la Faculté : DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération du 12 mai 1891).

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N° 25

DIAGNOSTIC du CANCER DE L'ESTOMAC au début

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Mars 1948

PAR

ROBERT TEISSEIRE

MEMBRES DU JURY....
- MM. Pierre FABRE, *Président.*
- SOREL, GADRAT, DARNAUD — *Assesseurs.*
- DIEULAFÉ, *Suppléant.*

CARCASSONNE
IMPRIMERIE BONNAFOUS ET FILS
48, rue Aimé-Ramon

1948

R.UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je leur dois tout. Qu'ils trouvent ici l'humble témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MA FEMME

A MA SŒUR

A mon beau-père, le Docteur Louis MENDEGRIS

qui guide mes premiers pas dans la vie médicale. Ma gratitude lui est acquise.

A MA BELLE-MÈRE

A TOUS LES MIENS

Au Docteur Joseph BRUN

Ex-Interne des Hôpitaux de Toulouse

Ex-Chef de Clinique du Centre anti-cancéreux

dont les conseils et la bienveillante attention nous ont permis d'accomplir ce travail. Qu'il veuille bien accepter notre reconnaissance et nos remerciements.

A MES PLUS CHERS AMIS

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Pierre FABRE

Professeur de Clinique urologique

qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance et de notre grande admiration.

A notre Jury de Thèse,

Monsieur le Professeur R. SOREL
Professeur de Clinique de Médecine Infantile

Monsieur le Professeur GADRAT
Professeur Agrégé à la Faculté

Monsieur le Professeur DARNAUD
Professeur Agrégé à la Faculté

Monsieur le Professeur DIEULAFÉ
Professeur Agrégé à la Faculté

INTRODUCTION

Lorsque notre Maître le professeur Fabre nous proposa comme sujet de notre thèse inaugurale le diagnostic précoce du cancer de l'estomac, nous fûmes d'abord séduits par ce sujet. C'est qu'en effet à un premier examen apparait d'emblée l'intérêt de la question. Le nombre des malades qui se présentent au chirurgien alors que déjà a disparu tout espoir d'une thérapeutique curative est considérable. Et souvent au cours de nos études nous avons eu l'occasion de voir de tels malades qui ne relevaient plus que d'une intervention palliative, voire d'une simple laparotomie et pour lesquels on ne pouvait avoir recours qu'à la morphine.

On peut dire que lorsque le diagnostic clinique peut être affirmé, lorsqu'on est en présence d'un malade anorexique, à l'état général altéré et dont la tumeur est perceptible, il est déjà le plus souvent inopérable.

Essayer donc de préciser les symptômes d'alarme, les signes radiologiques du début, les diverses méthodes mises en œuvre pour permettre un diagnostic précoce, constitue un sujet qui ne pouvait qu'éveiller notre intérêt.

Lorsque cependant nous avons commencé à réunir la documentation nécessaire et à nous familiariser un peu avec le sujet, nous avons été effrayés de la difficulté de la tâche qui nous était fixée.

C'est qu'en effet c'est là un problème diagnostique des plus ardus qui suppose de patientes re-

cherches, de longues et minutieuses observations et une expérience clinique que nous sommes loin de posséder.

Ce travail n'apporte aucune notion originale sinon quelques documents cliniques à nous confiés par notre Maître et concernant ses malades. Nous essayerons seulement de montrer la difficulté d'un tel diagnostic, de condenser et de grouper les notions actuellement acquises.

***

Pour faire ce travail plusieurs procédés s'offraient à nous, dont le plus simple aurait été de faire une sorte de compendium faisant de larges emprunts au travail du Docteur Gutmann sur le cancer de l'estomac au début, faisant en quelque sorte un résumé de cet ouvrage.

Il nous a paru à la réflexion, qu'ainsi conçue, notre thèse ne pouvait être que d'un mince intérêt. Certes nous puiserons dans cette riche documentation, mais nous la limiterons au maximum essayant le plus possible, malgré notre peu d'expérience, de faire œuvre personnelle. C'est pourquoi, nous insisterons surtout sur le problème tel qu'il se pose au médecin praticien non spécialisé, nous essayerons de montrer combien angoissant pour lui, combien redoutable pour sa responsabilité, est ce problème. Nous tâcherons de montrer quels sont les signes d'alarme qui doivent fixer son attention et l'amener à adresser son malade au spécialiste qui lui fixera définitivement ce diagnostic de présomption.

Il nous paraît ainsi que même limité ce travail présente un intérêt.

La seconde partie originale sera représentée par les quelques observations qu'a bien voulu nous

confier notre Maître le professeur Fabre. Elles sont peu nombreuses. Nous nous efforcerons de les présenter avec soin. Telles quelles, nous les apportons à la masse des documents publiés.

Notre travail sera donc présenté de la façon suivante :

Dans une première partie nous étudierons les signes cliniques qui doivent attirer l'attention du clinicien et lui faire faire en quelque sorte le diagnostic de présomption du cancer. Ces signes nous essayerons de les classer en quelques grands titres.

Dans une seconde partie nous dirons quelles sont les diverses méthodes à la disposition du spécialiste pour confirmer ce diagnostic.

Dans une troisième partie nous apporterons nos observations.

Enfin, nous présenterons nos conclusions.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Le cancer de l'estomac survient à tout âge, plus souvent chez l'homme que chez la femme. Rare chez les enfants, il n'en est pas de même chez les jeunes et l'âge de vingt, vingt-cinq et trente ans n'est pas un argument important contre le diagnostic du cancer.

Le néoplasme peut se présenter d'emblée avec un tableau complet (éventualité rare). Le plus souvent les signes initiaux sont imprécis, à peine indiqués, fuyants, presque insaisissables. Lassègue nous dit d'ailleurs : « Les maladies les plus terribles ont de modestes commencements ».

De façon banale, on se trouve appelé à examiner un dyspeptique ou un ulcéreux, un asthénique ou un amaigri, souvent un anorexique, parfois un anémique. Toutes les associations sont possibles. Nous avons pensé que pour nous, médecins cliniciens, il était de notre intérêt d'essayer de classer ces symptômes. C'est pourquoi, nous divisons notre chapitre de la façon suivante :

A) **Symptômes digestifs :**

a) Forme dyspeptique banale
b) Forme anorexique
c) Forme boulimique
d) Forme à début par vomissements
e) Forme dysphagique
f) Forme aérophagique
g) Forme ulcériforme
h) Forme d'ulcère transformé
i) Forme hémorragique (hématémèse).

B) **Symptômes intestinaux :**

a) Forme diarrhéique
b) Forme avec constipation
c) Forme avec moeléna

C) **Altération de l'état général :**

a) Forme fébrile
b) Forme anémique
c) Forme à début par amaigrissement.

D) **Forme latente.**

A) **Symptômes digestifs :**

a) **Forme dyspeptique banale.**

Dans ce cas l'histoire est centrée par des troubles digestifs, mais ilvaudrait presque mieux qu'il n'y en ait pas, car ils semblent expliquer par exemple que le malade ait maigri ou ait peu d'appétit et ils sont d'allure si légère et si banale qu'il est difficile à priori de les associer à l'idée de cancer. Souvent ces malaises sont tellement insignifiants qu'ils n'ont même pas incité le malade à venir consulter jusqu'à ce que la persistance des troubles, ou un fait nouveau ait fini par lui donner l'éveil.

Il s'agit de malaises vagues : pesanteur, ballonnement, céphalée, vertige, fatigue visuelle. C'est un malade qui présente depuis quelques mois « des lourdeurs », « des pesanteurs » dans l'hypochondre gauche, s'étendant vers la région lombaire, assez espacées, plutôt après les repas.

Un autre présente quelques brûlures qui disparaissent après absorption de poudres alcalines.

Mais ces douleurs réapparaissent dès qu'il cesse la thérapeutique. De plus, il a quelques régurgitations acides quatre à cinq heures après le repas.

Un troisième admet qu'il a des « gaz » ou une sensation de gonflement une à trois heures après le repas.

Un autre accuse une sensation de pesanteur après le repas, tension épigastrique « en barre » de faible intensité, se prolongeant pendant deux ou trois heures pour disparaître ensuite et reparaître après le repas suivant.

Enfin un dernier malade peut venir à la consultation en se plaignant d'une « boule » à l'estomac et d'éructations.

b) **Forme anorexique.**

L'anorexie est un signe classique du cancer de l'estomac. Il est des cas où c'est elle qui ouvre la scène et qui pendant longtemps la domine.

En général, cette anorexie s'installe progressivement, dans certains cas elle peut débuter de façon subite. Le docteur Gutmann raconte l'histoire d'un médecin, très grand clinicien, qui subitement, un soir, devant un bon plat, ne peut manger. Il se tourne vers son voisin et lui dit : « Je suis perdu ». Quelque temps après se révélèrent les premiers signes d'un cancer gastrique.

Mais le plus souvent l'appétit diminue petit à petit ; plus spécialement la viande, les matières grasses commencent par déplaire au malade ; les plaisirs qui accompagnent les repas, le goût des liqueurs, du vin, du café disparaissent parfois en même temps et l'heure de la table est attendue sans impatience et même avec dégoût. On note parfois en même temps une perte ou une altération des

sensations sapides, un goût fade, etc... Cette inappétence peut être ou devenir telle que l'alimentation est considérablement gênée ; dans certains cas, les malades ne peuvent littéralement pas mâcher ni avaler.

Un caractère important de cette anorexie est sa résistance aux divers procédés thérapeutiques, sa continuité, sa progression.

Il n'y a pas lieu d'insister sur ce signe. Sa présence s'attache assez à l'idée de cancer pour qu'il ait souvent le privilège d'aiguiller vite sur le véritable diagnostic et d'inciter à des examens complets.

c) **Forme boulimique.**

Les troubles de l'appétit peuvent manquer : classiquement il est conservé longtemps quand le cancer succède à un ulcère. L'anorexie peut être dans le cancer d'emblée, tardive ; elle peut être précoce et disparaître tardivement.

On peut même observer, peut être dans des cancers avec insuffisance pylorique et vacuité continue de l'estomac, des formes avec boulimie. Elles sont exceptionnelles mais curieuses, et méritent d'être signalées au clinicien.

d) **Forme à début par vomissements.**

Lorsque nous sommes en présence d'un malade qui se plaint de vomissements, il est intéressant pour nous de faire préciser la nature d'un tel symptôme. En effet, on observe chez certains sujets des rejets de glaires, de liquides, en général non acides ni irritants, survenant dans la journée ou le matin et en rapport, soit avec une sécrétion gastrique

exagérée, soit peut-être avec le rejet de liquide salivaire accumulé au-dessus d'un spasme du cardia. Ces symptômes ne sont pas caractéristiques comme l'expression classique « d'eaux de cancer » pourrait le faire sous-entendre. On les observe dans les gastrites de diverses natures. Ils doivent néanmoins être retenus.

Les vomissements s'accompagnent ou non de nausées. Ce symptôme n'est guère cancéreux. Et pourtant, rarement à la vérité, il peut y avoir des formes nauséeuses.

Nausées et vomissements peuvent aller ou ne pas aller de pair.

Les vomissements du cancer de l'estomac, quelques précoces qu'ils puissent être, accompagnent en général les symptômes divers que nous avons décrits. Mais il peut arriver qu'ils soient les premiers en date ; un homme de 63 ans, malade de Mathieu, avait une santé parfaite, un bon appétit, pas d'amaigrissement, aucun symptôme dyspeptique antérieur. Brusquement, « comme un coup de fusil », dit le patient, la maladie débuta avec des vomissements alimentaires au sortir de table. Durant une période de quelques mois il eut encore deux ou trois vomissements, puis se manifestèrent les autres signes cancéreux.

Un autre malade présente un jour une « indigestion ». A partir de ce moment, il éprouve des pesanteurs à tous les repas, bien que l'appétit soit conservé, puis de la constipation et ultérieurement les phénomènes cancéreux s'accusent.

Donc, dans tous les cas de vomissements, qu'ils soient alimentaires comme chez le malade de Mathieu, ou que ce soient de simples rejets de glaires, nous devons penser au cancer de l'estomac.

e) **Forme dysphagique.**

« L'œsophage a une très grande valeur comme espion de l'estomac », écrit Marotta.

Effectivement, les observations ne sont pas rares où les manifestations œsophagiennes ont été les premières et longtemps les seules manifestations d'un cancer gastrique encore latent.

Carnot a étudié le mécanisme de cette anomalie. Le cancer siège en général dans le voisinage du cardia, soit sur le haut d'une face ou même de la petite courbure, soit sur la grosse tubérosité où le découvre des positions radiologiques spéciales.

Tant que le cancer progresse dans cette zone muette, aucun symptôme local et même général peut n'apparaître. Quand il touche le cardia, une dysphagie intermittente se manifeste qui devient de plus en plus persistante à mesure que la tumeur bouche l'orifice.

Mais il est fréquent de voir des dysphagies traduirent l'existence de cancer éloigné du cardia ; leur action est due soit au spasme, soit à des poussées inflammatoires périlésionnelles.

f) **Forme aérophagique.**

On peut rapprocher des précédents les cas où des manifestations d'aérophagie ouvrent et parfois dominent la scène. Ce sont des malades qui consultent pour de vagues troubles dyspeptiques, mais ce qui les a surtout frappé ce sont des éructations bruyantes, nombreuses et parfois malodorantes.

g) **Forme ulcériforme.**

Sous le nom de cancer ulcériforme nous décrirons des cancers qui simulent cliniquement des ulcères. Ces cas sont fréquents et peuvent revêtir des types variés.

1) Dans certains cas, les douleurs tardives sont tout à fait ulcéreuses d'aspect, mais le cancer simule un ulcère à évolution continue ou subcontinue sans périodicité typique.

Le type à évolution continue groupe le plus grand nombre des cas de cancer ulcériforme.

Il s'agit de sujets qui présentent des douleurs classiques de l'ulcère. Leur localisation est épigastrique ; souvent transfixiante. Les malades souffrent un certain temps après le repas : deux, trois, quatre heures. Ils peuvent être réveillés la nuit. Les aliments, les poudres diverses, les alcalins calment les douleurs. Parfois des vomissements acides spontanés ou même provoqués les arrêtent.

Mais il n'y a pas de péridiocité ulcéreuse. Les malades souffrent chaque jour ou d'autres fois presque chaque jour, quel que soit le régime.

Si le diagnostic est fait tardivement, cette évolution dure des mois : quatre, six mois et plus. Une telle histoire fait penser à l'ulcère et d'autant plus que tous les signes inquiétants peuvent manquer : les malades peuvent garder un excellent appétit et ne pas maigrir.

Le diagnostic clinique est impossible ; en effet, des ulcères authentiques bénins peuvent durer d'emblée plus longtemps que la période habituelle qui est de un à trois mois et il est très fréquent qu'ils s'accompagnent temporairement d'anorexie et de vomissements.

La durée de cette première poussée soi-disant ul-

céreuse est le signe le plus inquiétant ; plus elle se prolonge, plus elle résiste à la thérapeutique, plus aussi doit croître le soupçon.

C'est à ce moment-là que le clinicien doit aiguiller son malade vers le spécialiste, car celui-ci, par une interprétation radiologique bien comprise, aura le moyen de ne pas laisser cette évolution se poursuivre en confiant le malade au chirurgien.

Le type à évolution subcontinue se place entre le symptôme douloureux continu et l'évolution ulcériforme typique à poussée limitée, régulière et espacée, que nous verrons plus loin. Il comprend diverses formes : forme dyspeptique douloureuse intermittente, forme dyspeptique douloureuse avec amélioration provoquée facilement par le traitement, forme dyspeptique douloureuse avec atteinte de l'état général, forme dyspeptique pseudo-vésiculaire, qui, se distinguant par des nuances cliniques, suffisent à égarer le diagnostic.

2) Souvent le cancer évolue, au contraire, sous la forme exacte de l'ulcère classique, avec ses poussées, ses arrêts spontanés, ses rechutes, et en somme, dans ces cas rien ne permet cliniquement de penser à autre chose qu'à un ulcère absolument banal.

Il s'agit de poussées de douleurs tardives de durée limitée, une quinzaine de jours à un mois environ, séparées par des intervalles de quelques mois. Chaque poussée est formée de crampes tardives plus ou moins fortes, calmées par les aliments ou les alcalins. Cette évolution par poussées limitées et nettes, est un fait vraiment extraordinaire et dont l'importance doit être mise en valeur. En effet, dans certains cas on a tendance à la mettre sur le compte du traitement et à considérer ainsi qu'il s'agit d'une lésion bénigne, docile à la thérapeutique.

Il est possible d'ailleurs qu'un traitement symptomatique banal calme pour un certain temps les douleurs du cancer gastrique. Mais dans d'autres cas il est indéniable que la rémission est spontanée.

Au cours de la poussée elle-même absolument rien ne peut être cliniquement retenu contre le diagnostic d'ulcère. L'amaigrissement et l'anorexie peuvent ou non s'observer. D'ailleurs, répétons, que ni l'un ni l'autre de ces symptômes n'a la valeur qu'on pourrait être tenté de lui donner sur la foi des notions classiques. Il est banal de voir un ulcéreux authentique perdre l'appétit au cours d'une poussée, non seulement dans l'ulcère gastrique, mais même dans l'ulcère duodénal. C'est la continuation de l'anorexie quand la poussée est terminée qui, seule, peut avoir une certaine signification.

Les mêmes notions s'appliquent à l'amaigrissement.

Quant au chimisme gastrique, il peut ici être normal, hyperchlorhydrique, ou hypochlorhydrique. Il peut contenir ou ne pas contenir de sang. Rien de tout cela ne nous donne la moindre indication.

Le devoir du médecin traitant sera encore ici d'envoyer son malade au spécialiste, **car seule la radiologie permettra un diagnostic.**

3) Enfin, le cancer ulcériforme peut revêtir l'aspect d'un de ces ulcères à symptomatologie atypique qui ne sont pas rares en clinique : forme à périodicité brève où les phénomènes douloureux, au lieu d'évoluer par périodes typiques, sont irréguliers, durant deux, trois, cinq, six jours selon les poussées et où les intervalles libres sont également irréguliers : huit jours à un mois :

Forme à longues rémissions où l'arrêt de toute douleur s'accompagne en plus d'une telle reprise

de l'état général que, à s'en fier à la clinique seule, le malade paraît guéri. Mais il est des règles dans le cancer où les lésions persistent ou même évoluent sournoisement.

Toutes ces variations, ces arrêts, ces reprises, ces améliorations sont purement cliniques. Contrairement à ce qui se passe dans l'ulcère où les lésions varient selon les oscillations cliniques, dans le cancer la lésion est permanente ou régulièrement progressive, quelle que soit l'histoire.

Aussi, tout praticien devant un syndrome ulcéreux devra penser au cancer et envoyer au spécialiste le malade, car la radiologie seule lui permettra de faire le diagnostic différentiel entre ulcère simple et cancer ulcériforme. Et d'après la réponse du radiologue, il traitera médicalement l'ulcère ou chirurgicalement le cancer ulcériforme.

h) **Ulcère transformé.**

La greffe du cancer sur l'ulcère se marque par toute une série de signes qui contribuent à former un tableau clinique un peu spécial et qui permettent une description d'ensemble caractéristique.

Malheureusement nous devons faire immédiatement deux importantes restrictions.

On peut d'une part voir des ulcères se transformer en conservant une sémiologie peu changée. Le tableau typique n'est donc pas le seul qui existe en cas de cancérisation.

D'autre part, beaucoup de signes classiques : l'anorexie, l'amaigrissement, la mauvaise mine, la fatigue, peuvent se voir dans l'ulcère non transformé.

Avec ces restrictions, lorsque l'ulcère se transforme, les divers éléments qui composent le tableau

clinique prennent également une allure un peu particulière. Il s'agit d'ailleurs souvent de nuances qu'il faut savoir interpréter sans attendre qu'elles acquièrent une netteté qui, comme toujours dans le cancer, ne s'imposent qu'au dépens de la précocité du diagnostic.

L'anorexie est un symptôme intéressant mais non pathognomonique ; il est extrêmement fréquent, répétons-le contrairement à la notion classique, de le voir s'installer au cours d'une poussée ulcéreuse bénigne et durer autant qu'elle. Néanmoins, elle donne une note inquiétante de plus à cette poussée prolongée. Elle manque d'ailleurs souvent et de nombreux malades à ulcère transformé conservent un excellent appétit.

L'amaigrissement, parallèle à l'anorexie n'a pas plus de signification qu'elle ; il en prend un peu plus lorsqu'il survient chez un malade dont l'appétit est demeuré normal.

Cet amaigrissement est souvent attribuable au régime donné pour l'ulcère, car il faut bien savoir que la suppression d'aliment comme le pain, les sauces, est capable de faire maigrir notablement un malade. Mais dans ces cas, en général, le poids baisse rapidement jusqu'à un certain degré et s'y maintient.

L'amaigrissement cancéreux est en général progressif ; réserve faite d'ailleurs des arrêts thérapeutiques trompeurs signalés plus haut.

L'amaigrissement prend en somme toute sa valeur s'il contraste avec un appétit conservé et s'il est progressivement évolutif.

Le changement dans le caractère de la douleur peut également donner l'éveil.

Au lieu d'être régulièrement tardive, elle peut devenir immédiatement post-prandiale. C'est là un

signe intéressant : souvent l'ulcéreux mange et va bien, tandis que le cancéreux mange et va mal. Mais là encore ceci n'est pas une règle.

Assez souvent on observe un accroissement des douleurs qui deviennent térébrantes et difficiles à calmer. Elles peuvent prendre un caractère d'endolorissement subcontinu ; parfois elles sont un peu nauséeuses, caractère assez rare dans l'ulcère ordinaire.

En somme, la modification du caractère et le rythme des douleurs doit attirer l'attention.

L'aspect du patient, sa mauvaise mine, peuvent également faire partie du syndrome d'alarme. Le teint peut être devenu pâle sans que le chiffre des globules baisse.

En dehors même d'un changement d'aspect du malade, la diminution progressive du nombre des hématies, sans hémorragie occulte persistante, a une certaine valeur diagnostique.

Enfin, les hémorragies occultes fournissent également une présomption sur laquelle divers auteurs ont insisté ; leur persistance, leur résistance au traitement, au repos, à la diète sont pour eux des signes hautement suspects.

Nous avons jusqu'ici parlé des cas où l'ulcère se transforme lentement en cancer. Il n'en est pas toujours de même et le néoplasme peut succéder à l'ulcère en très peu de temps, à sa seconde, et même à sa première poussée. Ce sont des formes à transformation rapide.

Mais l'ulcère transformé peut se montrer à nous sous des formes diverses. Il est des cas où la transformation ne se détache pas sur le fond général de l'ulcère ; celui-ci est déjà depuis longtemps si douloureux, s'accompagne d'une atteinte si nette de l'état général, que le changement de nature histo-

logique passe, si l'on peut dire, « par dessus le marché ». Mais il peut s'agir de ces cas où le processus ulcéreux et le processus cancéreux évoluent simultanément.

Enfin, un ulcère transformé, si sa transformation est surtout histologique, se comporte comme un ulcère au moment de la sédation post-hémorragique.

En effet, lorsqu'un ulcéreux banal saigne, il est de règle que les douleurs s'arrêtent tout de suite. Il est vraisemblable qu'il se produit une brusque décongestion ; une dimminution par saignée de tous les phénomènes inflammatoires et que cette action locale coupe court l'évolution de la poussée.

Lorsqu'un cancéreux saigne, cet arrêt des douleurs est en général nul ou s'il existe, il est le plus souvent moins net ; en effet, les cancéreux souffrent surtout de lésions organisées où la part inflammatoire réductible est le plus souvent faible.

On pouvait se demander comment se comporte de ce point de vue les ulcères transformés.

Lorsque la transformation est avancée, si tout l'ulcère est envahi, le malade est avant tout un cancéreux ; il n'y a en général pas d'arrêt de douleur et ce signe garde donc là sa signification suspecte. Mais il est intéressant de noter que le contraire n'est pas exact. C'est pourquoi, nous disions plus haut : un ulcère transformé, si sa transformation est surtout histologique, se comporte en ulcère. C'est un point qui a son importance, il ne faut pas en effet tirer de l'arrêt des douleurs une fausse sécurité.

i) **Forme débutant par une hématémèse.**

C'est un signe initial assez rare. Une hématémèse de sang rouge abondant indique presque toujours une forme à mauvais pronostic.

D'ailleurs souvent, si cette hémorragie est très précoce, elle ne s'accompagne pas encore d'autres symptômes nets et le diagnostic reste indécis devant les multiples causes qui peuvent créer des vomissements de sang. On s'épuise en recherches et finalement on découvre un cancer, par exemple d'une zone latente, la grande courbure, le haut de la petite courbure.

En général, le cancer saigne lentement, peu à la fois et le sang digéré est expulsé à la faveur d'un vomissement, sous forme d'un liquide noirâtre contenant un dépôt pulvérulent noir ; l'ensemble rappelle le marc de café.

B) **Symptômes intestinaux**

Il est fréquent que le cancer gastrique se dissimule au début sous une symptomatologie intestinale. Les aspects qu'il revêt sont de plusieurs ordres.

Nous signalerons en passant la forme entéralgique rare, où il s'agit essentiellement de douleurs sans autre trouble intestinal. Nous nous arrêterons plus longuement sur les formes diarrhéiques, les formes avec constipation, les formes avec moeléna.

α) **Forme diarrhéique.**

La diarrhée peut être initiale ou épisodique ou, au contraire, occuper toute la scène pendant une partie ou toute l'évolution du cancer ; dans certains cas elle prend le type de lientérie.

Parfois une diarrhée inexpliquée ouvre la scène. C'est un malade, jusque là en parfaite santé, qui vient se plaindre d'une diarrhée consistant en l'é-

mission quotidienne de trois, quatre, cinq et même six selles liquides.

La diarrhée chronique peut parfois aussi être l'unique expression d'un cancer gastrique par ailleurs absolument latent. Cette diarrhée mérite plutôt l'étiquette de prolongée, car elle est faite de rechutes successives.

Enfin, la diarrhée lientérique peut, dans certains cas, révéler brusquement un cancer gastrique.

Le mécanisme de ces formes diarrhéiques est différent selon les cas ; facilement explicable, lorsqu'il existe de l'achlorhydrie, il est dans les autres cas, sans doute en relation, soit avec une action purement nerveuse d'inhibition ou d'excitation sympathique, due vraisemblablement à l'envahissement microscopique de certains éléments nerveux, soit avec une infection d'origine gastrique si le cancer causal est ulcéré et infecté.

b) Il est classique de dire qu'il faut se méfier d'une constipation survenant sans cause chez un sujet d'un certain âge ayant eu jusque là des selles normales. Cette constipation peut s'accompagner de manifestations gastriques ; elle est néanmoins dangereuse parce qu'elle tend à égarer le clinicien vers une origine intestinale du syndrome épigastrique. Mais parfois la constipation est pendant longtemps le seul signe.

L'histoire tout en restant intestinale peut débuter par un accident aigu, parfois à allure d'occlusion. Il semble s'agir dans tous ces cas comme pour la diarrhée de phénomènes d'irritation nerveuse qui en explique le mécanisme.

Ces faits sans lésion intestinale sont à distinguer des cancers gastriques avec métastase sténosante intestinale ou justa-intestinale ou avec envahissement de l'épiploon gastro-colique, cas qui n'entrent pas dans notre sujet.

c) **Forme avec moeléna.**

Si les hémorragies sont fréquentes au cours de l'évolution du cancer, le début purement hémorragique constitue quelque chose de spécial.

Toujours est-il que, parfois, le moeléna est le seul symptôme. Il peut s'agir d'une perte nette, parfois abondante de sang. Mais le plus souvent ce sera une hémorragie occulte que nous devrons rechercher minutieusement.

Ces hémorragies occultes du cancer de l'estomac ont un caractère important, leur continuité, qui s'oppose au caractère paroxystique habituel de celles de l'ulcus ; elles surviennent soit de façon répétée quotidienne, soit pendant de très longues périodes (car le cancer ne saigne pas toujours continuellement) ; elles résistent aux traitements diététiques et hémostatiques ou si, temporairement, ces moyens les arrêtent, elles recommencent à se produire bientôt malgré eux.

Il doit être bien entendu pourtant, que ni leur absence ni leur présence ne sont pathognomoniques. Leur présence a besoin d'être interprêtée, car diverses causes peuvent tromper (hémorroïdes, hélminthiases, autres affections ulcéreuses ou même cancéreuses localisées le long du tractus digestif, etc.) D'autre part, elles peuvent manquer.

En tout cas, chose importante, elles ne sont pas très souvent un signe précoce. Néanmoins, quand il est positif, ce signe vient ajouter une note cancéreuse extrêmement importante au tableau si vague de la période de début.

C) Forme par altération de l'état général

Le cancer de l'estomac au début se révèle parfois à nous par une atteinte de l'état général. Nous sommes amenés à examiner un malade fébrile ou anémique ou qui présente depuis quelque temps un amaigrissement notable.

a) Forme fébrile.

Il existe un certain nombre de cas où le début du cancer est marqué par un état subfébrile dont la véritable cause passe plus ou moins longtemps inaperçue. Ce sont des cancers à début larvé fébrile. Ils se caractérisent par l'apparition et l'évolution sans cause d'une fébricule accompagnée d'atteinte de l'état général et qui persiste, sans étiologie décelable, jusqu'à ce qu'enfin le cancer gastrique devienne latent. Ces cas de début fébrile doivent être distingués de la forme fébrile du cancer gastrique qui appartient à l'évolution du cancer avancé.

Ils sont aussi distincts de certaines formes dites « post-grippales ». En effet, quelquefois les troubles qui caractérisent le cancer sont survenus à la suite d'un épisode aigu fébrile à type de grippe. Cet état peut être purement fébrile ; d'autres fois, il peut s'accompagner de ces phénomènes douloureux passagers, épigastriques ou abdominaux, qui ne sont pas exceptionnels dans la grippe. A cette grippe fait suite un état de fatigue qui paraît tout à fait explicable après une maladie éminemment asthéniante. Mais cet état persiste, s'accompagne d'amaigrissement et quand, après plusieurs semaines, on procède à un examen plus complet, on constate que le malade est atteint d'un cancer gastrique.

Ces cas ne sont pas rares. Ils se résument tous

ainsi : le malade a eu une grippe qui l'a beaucoup fatigué, il ne s'est pas rétabli, au contraire a continué à s'affaiblir et à partir de ce moment il a perdu l'appétit. C'est ainsi que le malade nous décrira son état et souvent nous ne prêterons pas toujours à ses paroles l'attention qu'elles méritent.

b) **Forme anémique.**

L'anémie est un signe normal du cancer gastrique, mais il ne s'agit pas ici d'un cancer avancé avec anémie, mais de cas particuliers dans lesquels l'anémie est prédominante et ce, qui est surtout important, précoce, si bien que pendant un certain temps, elle peut être le seul symptôme appréciable.

C'est donc bien une forme du syndrome cancéreux au début et, malgré sa relative rareté, il faut la connaître.

Le malade se présente comme un anémique à évolution progressive, avec une anémie d'allure sérieuse, parfois pernicieuse. Il a les divers signes des grandes déglobulisations, les vertiges, la dyspnée d'effort, la tachycardie, un léger œdème, un peu d'albumine, etc... Au milieu de ces signes, les troubles digestifs n'étonnent pas, car ils appartiennent au premier chef au tableau des grandes anémies. L'anorexie, les vomissements, et, si l'on fait le tubage, l'achlorhydrie, complètent le tableau de l'anémie. Mais parfois dans cette forme cancéreuse ils sont, chose curieuse, réduits longtemps au minimum ; l'appétit même peut être conservé. On comprend que l'idée d'un cancer gastrique puisse ne pas se présenter à l'esprit parce que rien ne distingue cette anémie des autres anémies graves et il ne faut pas compter sur l'examen du sang pour être aiguillé du côté du diagnostic vrai. Elle peut même

s'améliorer transitoirement et parfois de façon prolongée sous l'influence de traitements purement hématologiques et cela égarera encore le clinicien dans son diagnostic.

c) **Forme à début par amaigrissement.**

Les variations de poids peuvent prendre dans le diagnostic du cancer au début une importance considérable. Il s'agit de malades qui maigrissent progressivement et parfois sans aucun autre signe d'alarme.

L'amaigrissement est un fréquent et très important symptôme de début. Il attire parfois l'attention du malade, parfois celle de son entourage. Le col, le pantalon deviennent un peu large ; le patient trouvera presque toujours une cause à cette perte de poids ; il invoquera des soucis de famille, professionnels ou autres, pour essayer d'expliquer son état qui cependant l'inquiète. Quant à nous, devant ce seul symptôme nous devons toujours penser qu'il est des cas où ce signe permet presque par hasard, de découvrir le cancer.

Tout amaigrissement survenant sans cause, lentement progressif, même s'il ne s'accompagne d'aucun autre trouble, doit donc motiver des examens sérieux et, si l'on ne trouve rien, répétés.

On peut ainsi dire qu'il est de bonne pratique prophylactique de se peser régulièrement en marquant le poids. On est frappé, lorsqu'on a pris cette habitude de constater la fréquence et la rapidité des variations ; la fatigue, l'insomnie, la chaleur, etc... amenant en quelques jours des variations importantes. Ce n'est donc pas la brusque variation de poids qui est suspecte, mais la descente progressive et régulière de la courbe.

En terminant, nous devons noter que des formes avec reprise de poids existent. C'est un phénomène déroutant et curieux, mais loin d'être exceptionnel. C'est pourquoi, nous devions le signaler pour mettre en garde le clinicien qui, devant une reprise de poids, éliminerait un diagnostic de cancer de l'estomac.

DISCUSSION CLINIQUE

La longue énumération de symptômes que nous venons de décrire nous amène à quelques réflexions.

Il apparaît à leur lecture que nous devrions être amenés très souvent à suspecter chez nos malades un cancer de l'estomac. De fait, nous avons cité des signes qui sont communs à toute affection digestive, même la plus banale.

Nous avions pensé abréger cette étude clinique en ne mettant en valeur que les symptômes caractéristiques ou tout au moins, que ceux qui ont une importante valeur de présomption.

Nous y avons renoncé cependant, le but de ce travail étant justement de montrer l'extrême polymorphisme du cancer de l'estomac au début.

Il convient donc ici d'essayer de faire cette clarification, car il est bien évident que si la confirmation du diagnostic du cancer au début est radiologique, le médecin praticien ne peut, pour des raisons pécuniaires ou autres, demander à son malade d'une façon systématique, un examen de spécialiste souvent coûteux, sur la simple constatation d'un symptôme très banal.

Nous allons donc essayer d'indiquer quelle doit être la ligne de conduite du médecin praticien et de distinguer parmi tous ces cas, ceux qui commandent un examen immédiat de ceux qui, attirant tout de même l'attention, demandent une surveillance et une observation sérieuses.

Nous avouons que c'est presque à contre cœur que nous faisons cette classification étant donnée l'importance capitale qu'il y a à faire un diagnostic précoce.

*
**

Tout d'abord, il est des cas où il n'y a pas d'hésitation quant à l'indication de cet examen radiologique. Tel est celui du malade qui présente une hématémèse, un moelena. Tel encore celui où l'on se trouve en présence d'une symptomatologie d'ulcère. Dans ce cas, en effet, qu'il s'agisse d'ulcère ou de cancer au début, un diagnostic radiologique est indispensable pour fixer une thérapeutique adéquate.

A fortiori, s'il s'agit d'un vieil ulcéreux dont la symptomatologie s'est modifiée, dont les crises par exemple ne sont plus coupées par des intervalles de rémission.

De même, il conviendra de hâter l'examen radiologique lorsqu'on sera en présence de plusieurs symptômes réunis. Par exemple, un malade qui présente à la fois un signe gastrique et de l'amaigrissement.

On accordera une valeur particulière au fait que l'on se trouve en présence d'un patient qui, sans aucun antécédent digestif, se met à souffrir vers la cinquantaine.

Certaines formes de début rares comme la dysphagie doivent également commander un examen immédiat, à cause des présomptions de néoplasie qu'elles entraînent.

Par contre, le début par la boulimie, des signes d'aérophagie ; plus encore, la forme intestinale diarrhéique ou avec constipation, de même la forme fébrile sont exceptionnelles. Et ce n'est qu'après

avoir envisagé un autre diagnostic plus probable, ce n'est aussi, qu'après avoir observé la persistance de ces symptômes et leur résistance à une thérapeutique banale que l'on envisagera la possibilité d'une localisation gastrique cancéreuse.

Pour résumer cette clinique, disons qu'en pratique un cancer de l'estomac se présente classiquement avec des troubles digestifs peu caractéristiques où le symptôme dominant est en général l'anorexie ; avec de l'asthénie, de l'amaigrissement, souvent un peu d'anémie. Il ne faut pas attendre que ce tableau soit complet pour penser à la possibilité d'un cancer, car alors souvent le stade de l'opérabilité est dépassé. Il faut savoir qu'il y a des formes susceptibles d'évoluer au début avec un état général parfaitement conservé, qu'il existe des formes susceptibles d'améliorations passagères.

On voit même des cas dont le début est si latent que le malade ne s'adresse à son médecin qu'à un stade déjà avancé de la lésion ; tels sont ces débuts latents où, dès le premier examen, le clinicien constate une tumeur épigastrique déjà palpable ou l'existence d'une métastase.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

La clinique ayant permis au médecin traitant de faire un diagnostic de présomption de cancer, c'est la radiologie qui va nous permettre de le confirmer.

Nous étudierons successivement les images obtenues dans les cancers fundiques, justa-cardiaque et antropylorique ; mais tout d'abord nous donnerons quelques détails techniques, car à la base de tout diagnostic précoce du cancer de l'estomac doit se trouver une étude radiologique impeccable tant par la qualité des épreuves que par celle des examens.

L'étude radiologique de l'estomac comporte deux temps qui sont inséparables l'un de l'autre et se complètent : la radioscopie et la radiographie ; le premier étant un moyen de contrôle, le second de diagnostic.

Il sera toujours pris un cliché en habitus vertical. Le malade sera étudié de face ainsi qu'en O.A.D., de façon à dégager l'angle duodéno-jéjunal et explorer la face postérieure. Enfin, des films seront également pris en procubitus et en Trendelenburg.

Dans toutes ces positions, soit dès la première étude, soit lors d'examens ultérieurs, il pourra être indiqué de faire l'étude des plis en couche mince.

Dans certains cas, il conviendra de recourir au modificateur de comportement. On s'adressera tantôt à l'atropine pour combattre les spasmes, tantôt à la morphine qui entraîne une stase bulbaire.

Il conviendra enfin de prendre plusieurs films dans chaque position à intervalles convenables, de façon à pouvoir reconnaître si les modifications de contour nettement repérées sont exactement superposables d'un film à l'autre, ou si leurs variations mettent en discussion leur origine organique.

Le cancer de l'estomac se présente au début sous trois formes d'aspect anatomo-radiologique différents :

La forme infiltrante dont l'expression radiologique est la rigidité.

La forme ulcérante dont l'expression est la niche.

La forme végétante dont l'expression est la lacune.

Notons une fois pour toutes que ces formes sont d'autant plus pures et distinctes qu'elles sont plus jeunes. Elles peuvent pourtant rapidement se combiner tout en restant typiques, donnant par exemple les aspects de « niche sur fonds plat », de « niche encastrée », etc... dus soit à l'ulcération d'un point sur une zone infiltrée ou au contraire à l'extension pariétale d'une forme primitivement ulcériforme.

A) **Cancer fundique**

a) **La rigidité.**

La rigidité consiste en une perte de souplesse localisée, individualisant un segment plus ou moins étendu du cancer gastrique. Elle frappe souvent davantage à la scopie qu'à la graphie et occupe habituellement le tiers moyen ou le tiers inférieur de la portion verticale de la petite courbure, à l'angle gastrique ou immédiatement au-dessus. Il convient d'apprécier la rigidité par l'exploration manuelle et par la comparaison graphique de clichés multiples.

En effet, des erreurs sont possibles et on peut prendre pour une rigidité un segment pariétal immobilisé entre deux contractures, un allongement vertical par ptose. Cette apparence peut encore être réalisée par une compression de voisinage hépatique ou autre.

Lorsque la rigidité est indiscutable, elle peut être ou non cancéreuse. Au cas le plus simple, la rigidité d'origine cancéreuse se présente selon une ligne rectiligne courbe aux limites souvent insensibles, quelquefois accusées par un ressaut léger encochant la petite courbure.

L'ère rigide peut, ainsi, être de niveau ou en retrait par rapport au contour gastrique, d'où un aspect encastré. Cette petite ligne encastrée est susceptible de déplacements légers, d'oscillations, à la manière d'un radeau. Le cran limite, ainsi que l'a indiqué Gutmann, encadrant parfois la zone encastrée, semble, en certains cas, se prolonger au-dessous d'elle, l'enfermant en une sorte de parenthèse qu'accuse une légère différence de tonalité tissulaire sous-jacente.

A l'angle gastrique, la rigidité ouvre plus ou moins l'angulation, l'étale en quelque sorte, d'une façon symétrique ou non par rapport au sommet de l'angle. L'angle antro-fundique est alors remplacé par un trait horizontal ou par une sorte d'arc de cercle de rayons plus ou moins grands.

Au milieu de la grande courbure, la rigidité est rarement observée à l'état isolé. Elle présente une courbure variable.

Le long des parois peuvent se voir au niveau de la lésion des modifications des plis ; ceux-ci sont épaissis, convergents, quelquefois arrêtés, mais au stade précoce ces images sont souvent confuses et ininterprétables.

La rigidité peut n'être pas cancéreuse ; dans ce cas, nous avons à faire à des cicatrices opératoires, à certains ulcères ou même à des gastrites du type cachectisant.

b) **La niche.**

La niche est l'expression profilée d'une perte de substance évidant la paroi.

Le diagnostic de la niche prête à peu d'erreurs, mais nous devons signaler l'angle duodéno-jéjunal, le recessus sous-cardiaque et dans certains cas des compressions gazeuses qui peuvent être pris pour des images pathologiques.

Les niches cancéreuses présentent trois types, selon Carman, selon Gutmann, selon Reiche-Haudek.

La niche de Carman répond à une ulcération qui siège sur la muqueuse, mais ne siège pas nécessairement à l'intérieur de la paroi gastrique. Il n'y a pas addition localisée à l'ombre de l'estomac, mais l'inverse, c'est-à-dire un empiètement sur son aire. A la pression manuelle, il apparaît comme une zone claire ou un halo entourant le cratère qui sépare la niche remplie de baryum du reste de l'estomac.

La niche de Carman, dans toute sa pureté, est assez rare, mais de haute valeur. Ce qui lui est propre, c'est sa forme, son siège intra-pariétal. Elle est la première des niches qui aient été décrites avec un halo clair soustendant la lésion.

La niche en plateau de Gutmann est la plus caractéristique et la plus fréquemment rencontrée. Elle est vraiment la niche cancéreuse initiale. Le Docteur Gutmann nous la décrit ainsi : « Très largement implantée sur la petite courbure, elle fait à peine ou très peu saillie, son fond est rectiligne ondulé ou légèrement bosselé. Les extrémités proxi-

males et distales peuvent être marquées par une petite dépression du type de l'ulcuswall ». Cette niche est parfois déformable par les contractions, ce qui en souligne la flexibilité ; elle semble dans certains cas glisser sur la paroi, se déplacer avec l'onde péristaltique. Néanmoins, les images demeurent superposables d'un film à l'autre.

La niche en plateau peut être encastrée : cet aspect paraît caractéristique du cancer. Elle est large, un à quatre centimètres et plus, mais peu profonde à fond rectiligne. Sa teinte est souvent plus pâle que le reste de l'ombre gastrique. Elle est limitée à ses extrémités par un rebord en forme de talus, à pic et assez court ; quelquefois, la séparant du reste de l'ombre gastrique, on aperçoit sans compression artificielle, une bordure claire qui correspond à la projection des bords. Il existe de notables variations dans ces caractères schématiques. Les berges peuvent être plus ou moins raides ou incurvées, quelquefois très accusées. La hauteur du plateau peut varier dans des proportions notables. Un halo clair formant collier la sous-tendant peut exister, mais cela n'est pas forcé.

L'extension du processus néoplasique, en creusant la paroi, fait s'approfondir le fossé lésionnel qui s'élargit en même temps. La niche s'enfonce alors en quelque sorte, tout en se trouvant de plus en plus dégagée sur son pourtour. Ainsi se trouve réalisée peu à peu l'image décrite par Gutmann sous le nom de niche dans une lacune. Au fur et à mesure que la niche augmente de volume, elle devient régulière et présente un aspect pommelé, micro-lacunaire, répondant à l'hétérogénéité de l'imprégnation. Les courbures en amont et en aval de la niche s'infiltrent et sur une distance variable la petite courbure se montre irrégulière, grignotée.

Les fossés qui entourent la lésion en s'étendant, représentent une lacune de plus en plus élargie. Le collier s'étend de même. En face de la niche, de l'autre côté du collier, l'imprégnation barytée est hétérogène et l'on reconnaît au corps gastrique un aspect marécageux. Les plis normaux peuvent être abruptement arrêtés à plus ou en moins grande distance de la lésion apparente ou au contraire se montrer convergents, épaissis. Vis à vis de la lésion, sur la grande courbure, s'observe souvent une encoche permanente.

Au niveau de la grande courbure, des niches se présentent comme des objets courbes, généralement dans de grandes lacunes en arc. Les altérations de la grande courbure répondent en général à des lésions déjà très avancées.

La niche de Riche-Haudek est une niche extériorisée, saillante, appendue à la paroi verticale de l'estomac. Elle peut ou non présenter un collier.

Malheureusement quelquefois les cancers ne présenteront pas à l'écran des images aussi nettes que celles que nous venons de décrire. En effet, ou bien l'ulcère offrira l'aspect d'un cancer ou au contraire un néoplasme simulera l'ulcère. Plusieurs phénomènes relatifs à la topographie ont été envisagés pour essayer de faire le diagnostic différentiel entre ulcère et cancer. Mais seule l'évolution de la niche est de toute première importance. Le test thérapeutique mis en valeur par Gutmann va nous permettre de suivre cette évolution. Cette épreuve n'a d'intérêt que sévèrement établie avec un maximum de rigueur thérapeutique et contrôlée de la façon la plus stricte. Elle comportera des injections intraveineuses soit de soluprotine à doses croissantes de un quart de centimètre cube à deux centrimètres cubes à raison de trois injections par semaine pen-

dant les quinze premiers jours, puis de deux par semaine jusqu'à concurrence de douze à dix-huit piqûres ; soit de staprolysat, soit encore de bromure-atropine et de salicylate de soude. Les contre-indications sont les lésions tuberculeuses, les néphrites chroniques, les cardiopathies décompensées, l'angine de poitrine.

Comme thérapeutique d'appoint, nous donnerons du bismuth, de la belladone, de la vitamine A.

Si la niche est bénigne, on voit disparaître plus ou moins rapidement, souvent très vite, les douleurs puis la niche. La rigidité s'efface en un ou deux mois, les signes subjectifs se réduisant bien avant les signes objectifs. Si l'on voit disparaître simultanément la douleur et la niche, cela est d'excellent augure ; si la niche persiste malgré l'affaiblissement ou l'effacement des douleurs, il faut songer au néo possible, mais il faut savoir qu'une niche répondant à un ulcère de trois ou quatre centimètres peut demander deux et trois mois pour disparaître. Il faut donc tenir compte des progrès réguliers de la réduction de la niche en cours, contrôlés par de fréquents examens radiologiques. Une augmentation de la niche est en faveur d'une lésion maligne. L'état stationnaire d'une niche n'autorise aucune conclusion. Il y a, en effet, des cancers à évolution extrêmement lente et on ne peut exclure la possibilité d'ulcères bénins résistant au traitement.

La diminution de la niche est exceptionnelle dans le cancer, alors qu'elle fait partie du syndrome cicatriciel des lésions bénignes. Il faut savoir enfin, qu'après cicatrisation de l'ulcère peut persister une niche en général de très faible dimension. Il s'agit alors de petites images d'addition triangulaire, de spicules, parfois d'images arrondies, surbaissées.

c) **La lacune.**

La lacune répond à un processus infiltrant néoplasique ou inflammatoire, halo et colliers, dépressions anguleuses ou arciformes, encastrant éventuellement quelque niche.

Isolées et de faible étendue, les lacunes et les courbures se présentent sous forme d'encoches plus ou moins marquées, parfois abruptement dessinées en coup de ciseau, en marche d'escalier. Tout à fait au début, elles peuvent ne se traduire que par un grignotage, un aspect vermoulu ou marécageux.

Tout à fait marginal, l'aspect micro-lacunaire est souvent souligné par une raideur pariétale en amont et en aval. On ne doit pas confondre ces lacunes avec les images données par des plis, ou des gaz coliques.

De face, les lacunes se traduisent par un aspect marécageux ou spongieux, parfois simplement par une perte de substance, une sorte de trou à l'emporte pièce, unique ou répété. Nous ferons le diagnostic différentiel avec le schwannome qui donne des lacunes intéressant en principe le tiers supérieur de l'estomac et présente une ulcération médiane, ulcération pouvant donner une niche au milieu de l'espace clair représentant l'ensemble de la tumeur, d'où des images spéciales en cocarde, ou en battant de cloche. De même, ne pas confondre avec les angiomes qui donnent une lacune intra pariétale souple, déformée par le passage du péristaltisme, ou même s'effaçant complètement.

Dans certains cas, des lacunes ont pu exister sans tumeur, lacunes spumeuses liées à quelque gastrite mamelonnée ou à des œdèmes, voire à des corps étrangers.

Les déviations ou interruptions de plis peuvent

être la seule indication d'une infiltration au début.

Au niveau de la grande courbure, les lacunes sont rarement précoces, les niches en général malignes. A la face postérieure, les niches cancéreuses sont rares, les ulcéreuses extrêmement fréquentes.

B) **Cancer juxta-cardiaque**

Les localisations les plus fréquentes des lésions sont la petite courbure, parfois la face antérieure adjacente, plus souvent la face postérieure. La plus grande attention est exigée pour l'étude de cette région, les lésions se trouvant, par définition, au niveau ou au-dessus de la limite supérieure de la gélobarine.

Au début, les lésions sont fort peu accusées. Une lésion tout à fait localisée au versant gastrique du cardia, provoque au début peu de chose, une gêne légère à la pénétration du liquide, un peu de rétention œsophagienne. Parfois, la déviation de la colonne liquide par l'obstacle, au cardia, détermine un ressaut sur celui-ci, un rebondissement de la colonne opaque vers le centre de la cavité.

Lors d'une évolution plus accentuée du cancer, au dessous du cardia, le flux de la gélobarine est sinueux et irrégulier. La petite courbure présente une ou plusieurs encoches, parfois un état marécageux s'étendant de la petite courbure vers les faces, surtout en arrière. La lésion se traduit par un état fenétré, puis par un aspect lacunaire variable.

Le diagnostic du cancer sous-cardiaque peut être très difficile. Une faute souvent commise est de prendre pour une lacune une irrégularité sous-cardiaque eu forme d'encoche. Il est également fréquent de voir ignorer le recessus sous-cardiaque

qui donne des images arrondies régulières. De même, les ulcères haut situés donnent des niches que l'œdème intense à ce niveau, peut entourer d'une certaine circonvallation, faible encastrement laissant à la niche son caractère primordial d'image d'addition. Enfin, la région sous-cardiaque, siège d'élection des gastrites cachectisantes, peut présenter des irrégularités par gastrites mamelonnées, œdémateuses ou ulcéreuses.

Les tests thérapeutiques renseignent moins ici qu'au niveau de la région fundique, les niches sous-cardiaques étant rares, leur évolution lente, la rétrogradation des états lacunaires gastriques difficile à suivre.

C) **Cancer antro-pylorique**

Les lésions antrales, d'une interprétation plus délicate que les images fundiques, se traduisent soit par des images simples siégeant à la petite courbure, soit par des images complexes : association de rigidité et de niche.

Au niveau de la petite courbure, une rigidité peu étendue, angulaire basse ou pré-pylorique est souvent difficile à dépister. Elle peut être limitée ou non par un cran, provoquer une angulation ou un changement de niveau du contour, présenter un encastrement plus ou moins accusé. Vis à vis de cette rigidité, sur la grande courbure, s'observe souvent une encoche isolée fixe qui se retrouve sur les différents clichés. Parfois très accusée, elle forme une sorte de drapé évoquant la tombée d'un rideau relevé par une embrasse.

Les niches s'observent fréquemment sur le profil de la petite courbure. Bien que dans l'ensemble, elles présentent les mêmes signes qu'au niveau du

fundus, certains types s'observent plus particulièrement sur l'antre. Très petites, en plateau plus ou moins encastrées, elles se voient souvent dans une lacune en arc.

A l'origine de la partie horizontale de l'antre, au niveau ou immédiatement au dessous de l'angle gastrique, se dessine parfois une niche triangulaire qui pointe en général vers le pylore. Elle paraît spécifique du cancer.

Les niches antrales de face sont rares.

Les niches antrales sont très souvent malignes, sans qu'on soit autorisé à dire qu'elles le soient toujours. Il est rare qu'une telle niche maligne est l'apparence d'un ulcère bénin. L'inverse est fréquent, c'est à dire qu'une lésion bénigne est souvent prise pour un néo. Etant donné l'aire étroite dans laquelle évolue les lésions antrales, un ulcère de Cruveilhier et, partant, la niche qui le traduit à la radio, se trouve déformé par les infiltrats les rétractions, les œdèmes, d'où la possibilité pour un ulcère bénin d'être traduit par des images extrêmement atypiques, petites niches ancastrées, déformation des courbures, etc...

L'évolution des niches, sous l'influence d'une thérapeutique active, peut être contrôlée au niveau de l'antre comme au niveau du fundus. Cependant, les ulcères antraux bénins présentent souvent une résistance extrême aux agents thérapeutiques et se modifient moins vite et moins nettement que les ulcères fundiques.

Les lacunes peuvent accompagner les niches ou exister seules, ce qui est plus rare. Elles donnent des déformations pariétales ou centrales. Pariétales, les altérations lacunaires des contours débutent par un grignotage ou un encochage des bords. Il en résulte un aspect irrégulier, plus ou moins den-

telé de la courbure atteinte. Centrale, la lacune perfore l'antre d'une lumière à l'emporte pièce. Il est rare que des lacunes ne viennent pas appuyer le caractère cancéreux d'une niche. L'altération lacunaire de part et d'autre de celle-ci, frange la paroi en amont et en aval de dentelures sérratiques rapidement excentrique. Au-dessous de la niche apparaîtront d'autres pertes de substance, soit en collier, soit irrégulières avec des accrochages, des épines, un évidement concentrique et régulier.

Pour faire un diagnostic positif de cancer, il conviendra d'éviter les erreurs provoquées par des corps étrangers alimentaires. On ne se laissera pas abuser par les croisements des plis vus de face ou par l'arrêt des plis marginaux qui donnent de fausses encoches. De même, les antrites œdémateuses du Biermer, les gastrites de l'ulcère duodénal prêtent à des erreurs fréquentes d'interprétation.

AUTRES METHODES D'EXAMEN

Pour compléter notre étude sur le diagnostic du cancer au début, nous parlerons brièvement de quelques autres méthodes permettant de confirmer nos présomptions de néoplasme.

La gastroscopie.

Créée en Allemagne, elle fut introduite en France par Moure en 1910 et on pensa alors que le dépistage précoce du cancer gastrique était chose faite. Mais bientôt on se rendit compte que l'enthousiasme du début était mal fondé.

En effet, aujourd'hui nous savons que dans un certain nombre de cas la totalité de l'estomac ne peut pas être vue. Parmi les régions susceptibles d'échapper à l'examen gastroscopique se place malheureusement le pylore et aussi la petite courbure pré-pylorique. Or, c'est la région capitale pour le cancer Il reste la grande courbure de l'antre et d'une partie du corps gastrique et la petite courbure dans sa portion verticale ; mais ce sont des régions où le diagnostic radiologique est le plus souvent facile et où la gastroscopie n'est qu'un luxe. Il reste aussi les faces gastriques, mais là, les lésions sont tellement latentes que le malade arrivera aussi rarement à temps pour la gastroscopie, que pour les autres méthodes. Il reste enfin la partie sous-cardiaque de l'estomac où le gastroscope ne peut at-

teindre ni la paroi postérieure, ni la grosse tubérosité.

Ainsi, mises à part certaines lésions des faces où les cancers latents ne s'offrent d'ailleurs que tard à l'examen, dans les régions de beaucoup les plus importantes, la radiologie faite de façon méthodique est franchement supérieure.

La Gastrophotographie.

A côté de la gastroscopie qui permet au médecin de voir directement l'intérieur de l'estomac, c'est à dire la muqueuse gastrique, il existe une autre méthode endoscopique pour connaître l'aspect intérieur de notre estomac : c'est celle qui consiste à en prendre et à en examiner l'image photographique.

Mais là aussi, certaines zones gastriques, comme la région du pylore, restent dissimulées.

La gastrophotographie vient donc ajouter sa valeur propre au faisceau des autres procédés d'exploration, mais elle ne saurait les remplacer.

Le chimisme gastrique.

L'achlorhydrie du cancer est une notion déjà ancienne à tel point que l'étude du chimisme gastrique dans le cancer est courante. L'analyse du suc gastrique est intéressante. Cependant n'oublions pas que l'on peut observer de l'hyperchlorhydrie non seulement dans l'ulcère transformé, mais aussi dans le cancer ulcériforme au début.

Recherches des hémorragies occultes.

La recherche des hémorragies occultes constitue une méthode d'orientation plus intéressante que l'étude du chimisme gastrique.

L'examen doit être pratiqué à plusieurs reprises espacées de quinze jours en moyenne.

Mais aucune des études sur la question n'a été faite sur les cancers vraiment au début. En effet, le travail moderne le plus important est celui de Boas. Or, cet auteur dit que dans le cancer le sang est mélangé souvent de pus. On se rend compte, d'après ce détail, à quels types pouvaient correspondre les cancers étudiés.

La recherche des hémorragies occultes laisse donc planer les plus grandes incertitudes.

Réactions sérologiques.

Malgré le nombre considérable de recherches faites à ce sujet, nous ne sommes pas actuellement, même dans les cancers avancés, en possession d'une réaction vraiment spécifique.

Les résultats sont encore plus aléatoires lorsqu'on demande à ces réactions des renseignements à un stade précoce. Il est cependant intéressant de pratiquer systématiquement dans chaque cas à l'étude, un certain nombre de réactions et d'étudier la sédimentation. Mais ces travaux sont plutôt destinés jusqu'ici à fournir des documents pour des essais de pathogénie et de diagnostic précoce, qu'à apporter dans chaque cas, des arguments décisifs et importants.

Méthode biologique.

« Science », organe officiel de l'Association Américaine pour le progrès de la science, annonce, dans un numéro de 1947, que l'on a découvert un nouveau test permettant de diagnostiquer le cancer au début.

Ce test analogue à celui qui sert à déceler la

grossesse pourrait bien devenir une des armes principales de la lutte contre le cancer.

Nous avons cru utile, en terminant, de signaler ce nouveau procédé de diagnostic précoce. Mais nous devons attendre des expériences plus nombreuses que celles effectuées jusqu'à ce jour pour en tirer des conclusions positives.

Laparotomie exploratrice.

La difficulté du diagnostic du cancer au début est telle et l'intérêt qu'il y a à traiter précocement ces malades est si important que dans certains cas il est légitime de proposer au malade une laparotomie exploratrice. Celle-ci étant naturellement suivie de gastrectomie si le diagnostic est confirmé par l'examen macroscopique de l'estomac.

OBSERVATIONS

Observation n° 1 :

Terre présente une première crise douloureuse en 1939, durée un mois. Il souffrira ainsi de crises cycliques pendant plusieurs années avec des alternatives de rémission de plusieurs mois. La douleur siège dans la région vésiculo-duodénale avec irradiation en bretelles.

En 1941, le syndrome douloureux reconnaît un surcroit d'intensité avec apparition de vomissements liquides, amaigrissement de 10 kilos, teint bronzé tirant sur le noir. A la radiographie, on constate d'une part l'existence d'une sténose pylorique et d'autre part, la présence d'une niche encastrée de la petite courbure.

L'opération a lieu sous rachie-anesthésie à la Percaïne.

On découvre un gros ulcère de la région pylorique, très dur, et une sclérose largement au delà de la lésion, ce qui provoque de grosses difficultés pour libérer le duodénum. Anastomose de type « Fisterer ». Suites immédiates parfaites.

Depuis cette époque, peu de malaises, reprise de l'état général. Revu récemment, le malade est en parfaite santé.

Lors de l'ouverture de la pièce, on constate une ulcération qui, macroscopiquement, ne semble pas différer d'un ulcère simple. Deux prélèvements sont

cependant faits qui sont adressés l'un au Docteur Gadrat, l'autre au professeur Florentin.

Le professeur Florentin signale l'existence d'ulcération superficielle de la muqueuse. Phénomène inflammatoire sans signe de néoplasie maligne. Le Docteur Gadrat répondait par contre : la muqueuse est envahie par des tubes épithéliaux irréguliers plus ou moins étroits, tapissés de cellules cylindriques.

Il existe de nombreuses mitoses. Cet envahissement épithélial se poursuit jusque dans les couches musculaires.

En résumé, il s'agit d'un épithélioma gastrique de type cylindrique glandulaire et le professeur Florentin confirmait ensuite la nature néoplasique de la lésion.

Observation n° 2 :

Gourdy. — Ce malade, qui est un éthylique avéré, a présenté en 1927 une hématémèse, puis période d'accalmie jusqu'en 1941.

Jusque là dyspepsie atypique. En octobre 1941, apparition d'une hématémèse et d'un moeléna abondant qui nécessitent une transfusion.

Sitôt le malade remis, une radiographie montre l'existence d'un bulbe en trèfle, mais on constate à la radioscopie l'existence d'une rigidité de l'antre aux abords duquel les contractions gastriques viennent avorter.

On conclue à l'existence d'un ulcère duodénal avec périviscérite et l'on ajoute que la zone antrale pourrait bien être le siège d'un processus dégénératif.

Gastrectomie sous anesthésie à l'éther libération difficile du duodénum enfoui sous des adhé-

rences serrées. Terminaison par un polya. Suites opératoires très simples.

Le malade revu depuis se porte parfaitement bien.

La pièce ayant été enlevée, on constate l'existence d'un ulcère très ancien cicatrisé au niveau de la base postérieure du duodénum avec un pseudo diverticule sous pylorique.

A notre grand étonnement, la muqueuse paraitrait très normale s'il n'existait cependant un piqueté hémorragique diffus de la région antrale en particulier au voisinage de la petite courbure. On demanda alors au professeur Florentin de faire lui-même quelques prélèvements sur cette région antrale. Voici le résultat de son examen : Muqueuse pylorique d'aspect inflammatoire avec foyer lymphoïde disséminé dans le chorium péri-glandulaire. L'épithélium des glandes est par places extrêmement modifié, les cellules à mucus ont entièrement disparu, il existe d'assez nombreuses mitoses dont quelques-unes sont atypiques. Par endroit, noyaux géants et cellules multi-nuclées. Pas d'invasion néoplasique de la sous-muqueuse.

En résumé, épithélioma gastrique au début n'ayant pas dépassé les limites de la muqueuse.

CONCLUSIONS

1) Le diagnostic précoce du cancer de l'estomac est très difficile.

a — A cause du polymorphisme de la symptomatologie clinique.

b — A cause des difficultés d'interprétation des clichés radiologiques.

2) Il n'existe au stade de début aucun test qui permette d'affirmer ce diagnostic.

3) Les signes de probabilité les meilleurs sont fournis par l'examen radiographique.

4) Dans certains cas, la laparotomie exploratrice peut être nécessaire.

5) Dans les observations que nous présentons, l'examen radiographique s'est révélé supérieur, même à l'examen macroscopique de la pièce opératoire.

Le Président de la thèse :
P. FABRE

Vu : Le Doyen
CALVET.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 19 Février 1948.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :
DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

René A. GUTMANN. — Le cancer de l'estomac au début.

René A. GUTMANN. — Les syndromes douloureux de la région épigastrique.

A. de LA PRADE. — Les maladies d'estomac.

François MOUTIER. — Le cancer de l'estomac. (Encyclopédie médico-chirurgicale 1945).

CERF. — Le diagnostic précoce du cancer de l'estomac. (Bruxelles médical 1930).

Archives des maladies de l'appareil digestif.
Années 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947.